



TITLE:

膵管損傷

AUTHOR(S):

宮崎, 逸夫

CITATION:

宮崎, 逸夫. 膵管損傷. 日本外科宝函 1989: 32-36

ISSUE DATE:

1989-12-03

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204403>

RIGHT:

臍 管 損 傷

金沢大学医学部第2外科教授 宮崎逸夫

紹介いただきました金沢大学の宮崎でございます。本日は恩師の追悼記念講演会に、このような機会を与えて下さりまして、戸部教授に心から感謝申し上げます。

最初のスライドは、昭和34年の8月黒四ダムへ本庄先生が視察にお出かけになった黒部峡谷のトロッコ上の写真であります。先生はタバコが大好きでありまして、この時も左手にタバコをお持ちであります。

次のスライドは兼六園の桜であります。先生には、金沢を随分愛していただいたと思っております。いくつかこういう写真をはさませていただきます。

〈次のスライドをお願い致します。〉

本日は「臍管損傷」についてお話し致します。まず、開放性損傷と、鈍的外傷があり、後者の中でも最近、自動車のハンドルによる外傷が非常に多いのであります。それから手術的な損傷があります。臍頭十二指腸切除術、あるいは臍体尾部切除、臍バイオプシーなどによるものであります。

〈次のスライドをお願い致します。〉

これは臍外傷の1例であります。昭和42年、金沢市内のある病院から私のところへ電話がかかって来ました。患者さんはタクシーの運転手であります。電柱に衝突しましてハンドルで上腹部を打ったのです。開腹所見は臍頭部に大きなヘマトーマを作っているということで、どうしたらよいか指示を求めてまいりました。本庄先生は臍損傷はなるべく保存的に、という方針でありましたので、私は保存的にという指示を出し、ドレーンを入れてそのまま閉腹させたのであります。

〈次のスライドをお願い致します。〉

これは経過を示しております。血清・尿アミラーゼ値が次第に下り、上腹部鈍痛も軽快しつつあるという状況でありましたが、4ヵ月後に急に腹痛が強くなってまいりまして、血清・尿アミラーゼ値もどんどん上がってまいりました。上腹部の圧迫感が強く食事がとれなくなって、とても保存的治療はできないということなので、私はその病院へ行って2回目の手術を行いました。

開腹いたしますと、胃の後ろに大変大きな仮性嚢胞 Pseudocyst がございます。

それで、嚢胞内へゴム管を挿入し、外瘻としたわけでありました。ところが、3ヵ月たっても外瘻から、依然として膵液が排出されて止まらないということでもあります。

このままでは社会復帰が遅れるという患者さんの希望もあって、3度目の手術を行いました。瘻管を胃の後壁に吻合する、即ち瘻孔胃吻合を行ったわけです。これは瘻孔壁がしっかりしていて、案外容易に手術ができました。

これまでをまとめますと、まず膵嚢胞の外瘻を作って、そのあと瘻管と胃を吻合したということになります。即ち、症例によっては最初から内瘻化しておいた方がよかったのではないかと、という反省となったわけでもあります。

この症例に3年たった時点で、PS テストを行いました。排液量——十二指腸内ではありますが——ほとんど正常に近い量が出ているのです。3年前の瘻孔胃吻合術の直後のPS テストでは、ほとんど十二指腸に膵液は出ておりません。そうしますと、仮性嚢胞における内瘻——外瘻でも同じと思いますが——の役割というのは、膵液が本来の排泄路にもどるまでの安全弁ではないか、と思われるのであります。

〈次のスライドをお願い致します。〉

これは別の患者さんで、手術を施行したのは私の後輩で富山で開業している本庄門下の一人です。患者さんはトラクターとコンクリート壁の間に挟まれたわけですが、よくも助かったと思いますが、とにかく上腹部にデファンスがあるということで、次の日開腹したのです。

その時の所見は、膵の体部が完全に横断されていた、ということです。膵臓外科を知っている人ならば切断された尾側膵をそのまま切除したのではないかと、思うのでありますが、主治医は非常に単純なというか切断されたものは縫合すると云う考えから、膵管を縫合し、離断膵を吻合したのです。この報告を聞きまして、私は叱ったのです。

〈次のスライドをお願い致します。〉

これは3ヵ月後の十二指腸内視鏡の写真であります。膵管に入れたステントチューブが見えています。

〈次のスライドをお願い致します。〉

これが内視鏡で抜いたチューブです。

〈次のスライドをお願い致します。〉

膵管を造影をしてみますと、膵管全体が造影されております。ここが吻合部です。なんだつながったじゃありませんか、というわけです。このような事は毎常期待は

できないと思いますが、しかし他に同様な症例報告の論文があります。この症例は昭和42年の経験例です。主治医はその気がないので、学会に報告しただけでペーパーになっておりません。誠に残念であります。

〈次のスライドをお願い致します。〉

これは、57才の男性、昭和50年の頃です。講師をしていた教室員が、金沢市内の病院で乳頭部癌の患者さんに膵頭十二指腸切除を行いました。膵頭十二指腸切除例の歴史にはあるのですが、膵断端を閉鎖し、膵管を結紮して、膵腸吻合を行わなかったのです。私は、膵瘻になるだろうと言っておりましたところ、術後十日目に膵液瘻になりまして、1日250cc位出てまいります。それから3ヶ月位たちまして、少し排液量は減りましたが、時々激しい腹痛を訴えるようになったのです。これは通過障害ができたのかかもしれないから、この膵瘻を胃と吻合する予定をしました。ところが突然排液が止まり、同時に腹痛もなくなったというわけです。膵液がどうなったのか、どこへ行ったのかわからないのですが、私は多分内瘻化したのだろうと思っているのであります。

〈次のスライドをお願い致します。〉

これは私共の教室例ですが、膵頭十二指腸切除術をやりまして、術後膵空腸縫合不全となりました。再手術をやりましたが、とても再吻合は出来ないので、集束結紮をいたしまして、ドレーンを入れておきました。すぐ膵液瘻となり、毎日800cc位出ております。その後排液量は漸次減ってはいたのですが、ある時点から急激に減って来ました。前の経験があったものですから、ひょっとしたら内瘻化するかもしれないという予感もありまして、ドレーンを少しずつ抜きました。こうして瘻孔が閉鎖してしまったのであります。このあと一年近くで再発死し、剖検して見ますと、膵管と空腸の間に、予想通り瘻孔ができているのがみられたのであります。

〈次のスライドをお願い致します。〉

44才の男性の患者さんであります。ある病院で、膵頭切除をやり、膵空腸縫合不全をきたしました。そして私の所へ送って来たわけです。開腹してみますと、これはとても再吻合できるようなものではないので、膵管内へのチューブを入れ、空腸の断端にも吸引チューブを入れました。この症例も膵液瘻が約2ヶ月間で閉鎖したのですが、この症例が内瘻化した証拠を得ています。

〈次のスライドをお願い致します。〉

ドレーンを少しづつ引いてまいりまして、その瘻孔から造影しますと、残胃、膵

管、空腸、ここに胆管が映っています。造影剤は、膵管の方へも空腸の方へも行く、このような状況から、これは内瘻が完成したという判断をいたしまして、ゴム管を抜きました。そうしますと、全くこの膵液が体外へ出ない。そのまま治癒してしまったのであります。この症例に2年後、トライオレン試験、PFD 試験を行ってみますといずれも正常値を示しているのであります。

〈次のスライドをお願い致します。〉

私の教室で、犬を用いまして実験的に膵石症を作っておりました。実験的膵石症を作っておりますと、時々離断した大膵管がいつのまにか再開通していることがあります。そこで再開通をさせないために離断した膵管の間に大網をはさみ、再開通を防ぐという事をやっておりました。

〈次のスライドをお願い致します。〉

これは Netz を挟まなかったものです。うまく膵石が出来ないものですから、尾部から造影剤を注入してみますと、大膵管が再開通しているのであります。つまり切離された大膵管が、どういうわけかいつの間にか再開通するのであります。水本教授の教室で実験を発表されていまして、離断した膵管の間に何かドレーンと申しますか糸を入れておくと、再開通しやすいということであります。

今まで申し上げた事を簡単にまとめますと、膵外傷によって途絶された膵管を、仮性嚢胞によって、胃あるいは空腸と内瘻化すると、ある期間後に本来の道を通るということであります。それから、2番目には、完全に離断された膵管の端々吻合が可能であるという事、3番目には、臨床経験、犬の実験から、膵頭切除後の膵外瘻は自然に内瘻化する傾向がある、ということであります。

〈次のスライドをお願い致します。〉

最近経験した興味ある症例のお話を致します。全胃温存膵頭十二指腸切除を行いました。

こちらの写真をご覧いただきたいのですが、造影しますと、これは膵胃縫合不全であります。胃の裏側を通過して膵の瘻管ができているのであります。ここで、ひとつの試みをやってみたわけです。第一段階として、まず経皮的に胃を穿刺して、胃瘻を作ったのであります。胃瘻をしっかりさせるために、チューブを入れておきます。

〈次のスライドをお願い致します。〉

これは胃瘻を作ったチューブであります。この胃瘻を作ったチューブから、これ

は臍瘻管ではありますが、そこをめがけて八光針で穿刺したのであります。穿刺した瘻管を通じてガイドワイヤーを胃瘻の方から入れますと、ガイドワイヤーが腹壁の臍瘻孔から出てまいります。

〈次のスライドをお願い致します。〉

これは、内視鏡で見たものであります。こちらは、胃の後壁であります。そして、セクレチンを打ちますと、臍液が、ガイドワイヤーを通じてポタリポタリと出て来るのがみられます。

〈次のスライドをお願い致します。〉

そこで、ダブルマッシュルームカテーテルを使いまして、片方のふくらみを胃の中におき、もう片方のふくらみは臍瘻の中におきます。このようにしてチューブを埋め込んだような格好になります。そうしますと、2つの瘻孔が数日のうちに閉じてしまいました。胃への臍液の排泄は十分にみられ、PFD 検査も正常値を示しています。

この患者さんは既に6ヶ月近くになるのですが、良好な状態であります。

この試みはいくつかの問題を残してはいます。しかし、今後応用されてよい方法の1つであろうかと思っています。

臍頭切除後の、臍腸縫合不全に対して毎常このように治す、あるいは治るとは思いませんが、このような事もあるという事を念頭に置いてもいい。元来臍液は、自然の道を通りたがっている、そういう生理的な、と申しますか、ホメオスタシスと申しますか、そういうような性質があるのではないかという具合に思っております。

以上、まとまりのない内容となりました本日の私の話が、多少とも皆様の御参考になれば幸いです。

ご清聴を感謝いたします。どうもありがとうございました。

司会 どうもありがとうございました。今、先生がおっしゃられました様に、怪我の功名というまではいきませんでしょうが、非常にやわらかく、お話し下さいまして、よくわかりました。質問なり御意見があらうかと思いますが、時間の都合で割愛させていただきます。先生、どうもありがとうございました。